

第 219 回 日本神経学会

九州地方会プログラム・抄録集

日 時： 平成 29 年 9 月 9 日（土）午前 9 時 00 分～午後 15 時 52 分
受付開始： 午前 8 時 30 分
会 場： 大分大学医学部 臨床大講義室
当 番： 大分大学医学部神経内科学講座 松原 悦朗
会 費： 当日会員 1,000 円

開催要項：

1. 講演時間： 6 分
2. 質疑： 2 分以内
3. 発表形式： PC、液晶プロジェクタ1台
(OS：Windows のみ アプリケーション Power Point 2013)
4. 対応メディア： USB メモリーのみ
(USB メモリーには演題番号、演題名のラベルをつけ、ファイル名は演題番号 - 演題名_拡張子（例：21- 九大太郎 .ppt）として下さい。)
5. ビデオ： PowerPoint を使用した動画のみとします。
6. 抄録： 神経学会所定の用紙に記入の上、学会当日のスライド受付時に必ずご提出ください。

(注) 発表者の方は、遅くとも発表の30分前にメディアをご提出ください。

【世話人会】

12 時 00 分より、大分大学医学部臨床中講義室にて開催いたします。

【ランチョンセミナーのご案内】

日 時： 平成 29 年 9 月 9 日（土） 12：00～12：30
場 所： 大分大学医学部 臨床大講義室
座 長： 大分大学医学部 神経内科学講座 木村 成志
講 演： 「神経内分泌の視点から認知症予防を考える」
大分大学医学部 内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学講座 後藤 孔郎 先生
共 催： 第 219 回日本神経学会九州地方会、エーザイ株式会社

【日本神経学会 新制度下での神経内科専門医準備状況

及び将来の基本領域化案に関する説明・意見交換会】

日 時： 平成 29 年 9 月 9 日（土） 12：30～14：00
場 所： 大分大学医学部 臨床大講義室

座長一覧

セッション	時間	演題No.	氏名	所 属
1	9:00～ 9:40	1～5	立石洋平	長崎大学病院
2	9:40～10:20	6～10	松浦英治	鹿児島大学
3	10:20～11:00	11～16	渡嘉敷 崇	沖縄病院
4	11:00～11:40	17～20	山崎 亮	九州大学
	12:00～12:30	ランチオンセミナー、世話人会		
	12:30～14:00	日本神経学会 新制度下での神経内科専門医準備状況及び将来の基本領域化案に関する説明・意見交換会		
5	14:00～14:40	21～25	山下 賢	熊本大学
6	14:40～15:20	26～30	深江治郎	福岡大学
7	15:20～15:52	31～34	岡田和将	産業医科大学

第219回 日本神経学会九州地方会 プログラム
大分大学医学部 臨床大講義室

セッション 1 (9:00~9:40)

座長：立石 洋平 (長崎大学病院)

1. 敗血症性ショックに伴い一過性脳虚血発作を反復した下垂体腺腫の一例
国立病院機構九州医療センター 吉野 文隆 他
2. 一過性脳虚血発作を呈した先天性アンチトロンビンⅢ欠乏症による
脳静脈洞血栓症の1例
聖マリア病院 脳血管内科 鴨川 徳彦 他
3. 脳底動脈解離が疑われた若年性脳梗塞の一例
福岡市民病院 神経内科 貞島 祥子 他
4. 急性期脳梗塞に対して rtPA 静注療法と頸動脈ステント留置術を施行した後に
ステント内血栓症による急性閉塞を来した1例
長崎大学病院 脳神経内科 松本 学 他
5. Trousseau 症候群による右後頭葉脳梗塞で大脳性色覚障害を来した1例
沖縄病院 神経内科 友寄 龍太 他

セッション 2 (9:40~10:20)

座長：松浦 英治 (鹿児島大学)

6. MRI で脳幹部に結節性病変を呈し中枢神経サルコイドーシスとの鑑別が
困難であった脳胚細胞腫の1例
NHO 沖縄病院 神経内科 大城 咲 他
7. 頭部 MRI で脳表異常信号を呈し肺生検から診断へ至った
ランゲルハンス細胞組織球症の一例
飯塚病院 神経内科 吉村 基 他
8. 両鼻側半盲を呈した神経サルコイドーシスによる両側視神経周囲炎の1例
熊本大学 神経内科 工藤 仁孝 他
9. バリスムと精神症状を伴った probable Bickerstaff 型脳幹脳炎の一例
鹿児島市医師会病院 武井 藍 他
10. ダニアレルゲンエキス舌下錠による減感作療法を契機に発症した
急性散在性脳脊髄炎の1例
済生会福岡総合病院 神経内科 川尻 真和 他

セッション 3 (10:20~11:00)**座長：渡嘉敷 崇 (沖縄病院)**

11. 脳幹型可逆性白質脳症 (PRES) を発症した透析患者の1例
琉球大学医学部附属病院 第三内科 當銘大吾郎 他
12. シェント血逆流により頭蓋内静脈うっ血を呈した透析患者の一例
NHO 熊本医療センター 神経内科 山川 詩織 他
13. 進行性の脳萎縮を示した Morvan 症候群の1例
久留米大学医学部 呼吸器・神経・膠原病内科 櫻田 直了 他
14. HIV 感染後の CD8+脳炎にステロイドパルスが奏功した一例
佐賀大学医学部 内科学神経内科 鈴山 耕平 他
15. NOTCH3の exon24に変異を認めた CADASIL の日本初家系
宮崎大学医学部附属病院 神経内科 福島 理紗 他

セッション 4 (11:00~11:40)**座長：山崎 亮 (九州大学)**

16. 非典型的な Miller-Fisher 症候群の2例
鹿児島市立病院 神経内科 高畑 克徳 他
17. 再発時に伝導ブロックを伴った Fisher 症候群の一例
諫早総合病院 平山 拓朗 他
18. 神経性食思不振症として加療され、診断までに23年を要した
抗 ganglionic AChR 抗体陽性の自己免疫性自律神経節障害の1例
鹿児島大学 神経内科 穂原 貴裕 他
19. ナタリズマブ投与中に咽頭頸部上腕型ギラン・バレー症候群を発症した
多発性硬化症の一例
九州大学大学院医学研究院 神経内科学 野上健一郎 他
20. 手根管症候群、心不全、小径線維ニューロパチーを呈し、世界初の Try114Ser 変異を
認めた遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシス (FAP) の1例
熊本大学 神経内科 中瀬 卓 他

ランチョンセミナー (12:00~12:30)

座長 大分大学医学部 神経内科学講座 木村 成志

「神経内分泌の視点から認知症予防を考える」

大分大学医学部 内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学講座 後藤 孔郎先生

世話人会 (12:00~12:30)

臨床中講義室

日本神経学会 新制度下での神経内科専門医準備状況
及び将来の基本領域化案に関する説明・意見交換会

(12:30~14:00)

臨床大講義室

セッション 5 (14:00~14:40)

座長：山下 賢 (熊本大学)

21. Clustered AChR 抗体が陽性であった重症筋無力症の1例
鹿児島大学病院 神経内科 堂園 美香 他
22. 卵巣癌術後再発時に合併した抗 TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の1例
佐世保市総合医療センター 神経内科 柿添 亮 他
23. 傍脊柱筋に強い炎症を認めた抗 PM/Scl-75抗体陽性多発筋炎の1例
九州大学大学院医学研究院 神経内科科学 江 千里 他
24. 脱力発作を契機に CLCN1 遺伝子異常が判明した1例
長崎大学病院 脳神経内科 長岡 篤志 他
25. 呼吸筋麻痺が遷延し、抗グングリオシド抗体が陽性であった
抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の1例
大分大学医学部 神経内科学講座 岩尾 槇太郎 他

セッション 6 (14:40～15:20)

座長：深江 治郎 (福岡大学)

26. 若年性アルツハイマー型認知症と診断されていた
Gerstman-Sträussler-Scheinker 病 (GSS) の一例
国立病院機構大牟田病院 神経内科 渡邊 暁博 他
27. 脳深部刺激療法の患者用プログラマ：在宅治療における役割
医療法人相生会福岡みらい病院 機能神経外科 宮城 靖 他
28. 前頭側頭型認知症を合併した球脊髄性筋萎縮症の 1 例
国立病院機構西別府病院 中村 憲一郎 他
29. Directional lead を用いた STN-DBS の早期治療経験：パーキンソン病の 1 例
医療法人相生会福岡みらい病院 機能神経外科 宮城 靖 他
30. 呼吸筋麻痺を呈した遺伝性脊髄小脳変性症 2 型の一例
産業医科大学 神経内科 成毛 哲思 他

セッション 7 (15:20～15:52)

座長：岡田 和将 (産業医科大学)

31. 頭部 MRI の急性期 1 週間での画像変化を観察できた糖尿病性舞蹈病の一例
鹿児島市立病院 神経内科 稲葉 大地 他
32. 神経梅毒経過中にカタトニアを合併した 1 例
福岡大学 神経内科学 青柳 諒 他
33. クローン病加療中に咽頭頸部上腕型ギランバレー症候群を合併した一例
大分県立病院 花岡 拓哉 他
34. 画像所見からアミロイド血管症 (CAA) 関連炎症が疑われた一例
大分大学医学部 神経内科 中道 淳仁 他

1

敗血症性ショックに伴い一過性脳虚血発作を反復した下垂体腺腫の一例

吉野文隆, 中村麻子, 前田花佳, 中西泰之, 後藤聖司, 桑城貴弘, 矢坂正弘,
岡田 靖

国立病院機構九州医療センター 臨床研究センター 脳血管センター 脳血管・神経内科

症例は85歳男性。X-10年に下垂体腺腫を指摘されたが、外傷後で既に全盲であり腫瘍の増大傾向もなかったため経過観察されていた。X年Y月に focus 不明の敗血症性ショック、及び脳梗塞の診断で当科紹介入院となった。入院時の画像検査で下垂体腺腫は増大しており、脳血管造影検査では増大した腫瘍による圧排で右 ICA サイフォン部が閉塞していた。入院後、尿路感染症による敗血症性ショックを反復し、ショックに陥る度に意識障害を伴う左片麻痺を来したが、敗血症治療による循環動態の改善に伴い神経学的所見が改善する経過を繰り返した。循環予備能の低い右 MCA 領域が敗血症性ショックに伴い虚血を反復したと考えられた。下垂体腺腫による ICA 圧排を背景に TIA を繰り返す症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

2

一過性脳虚血発作を呈した先天性アンチトロンビンⅢ欠乏症による脳静脈洞血栓症の1例

鴨川徳彦, 福田賢治, 吉野文隆, 田川直樹, 金沢 信, 松木孝之, 松下知永,
福嶋由尚

聖マリア病院 脳血管内科

症例は43歳男性。某日14時頃、右手の動きが悪くスマートフォンの操作がしにくいことに気が付き、18時46分当院救急外来を受診した。初診時の診察で右手指の巧緻運動障害を認めた。頭痛は認めなかった。頭部 MRI で左中心前回近傍、右前頭葉皮質に DWI 高信号、T2/FLAIR 高信号域を認め、脳梗塞としてヘパリン10000単位で急性期加療を開始し、神経症状は入院翌日には消失した。その後 MR Venography、造影 CT Angiography で上矢状静脈洞の描出欠損を認め、脳静脈洞血栓症の診断とした。原因検索の血液検査でアンチトロンビンⅢ活性・抗原量の低下を認め、アンチトロンビンⅢ欠乏症 Type1の診断とした。適宜 ATⅢ製剤を投与しながら抗血栓療法を継続し、二次予防薬としてワルファリンを導入し、後遺症なく自宅退院された。経過中に再検した画像所見では上矢状静脈洞の描出は改善していた。家族内検査を行ったところ、4人の子供のうち2子にアンチトロンビンⅢ活性・抗原量の低下を認めた。アンチトロンビンⅢ欠乏症による脳静脈洞血栓症について文献的考察を加えて報告する。

3

脳底動脈解離が疑われた若年性脳梗塞の一例

貞島祥子, 稲水佐江子, 芥川宜子, 中垣英明, 長野祐久, 由村健夫
福岡市民病院 神経内科

症例は25歳女性。X年1月某日深夜より頭痛があり、午前7時半に布団上で嘔吐、開眼はあるものの起き上がれず発語がない状態で発見され救急搬送。来院時舌根沈下がありいびき様呼吸を認め、発語はないが従命は可能、左右注視方向性眼振、両側顔面の筋力低下、舌運動不良、右半身優位の四肢麻痺を認めた。頭部MRIで右小脳半球、橋に急性期脳梗塞、MRAでは脳底動脈の狭窄が疑われた。脳底動脈解離や攣縮の可能性を考えヘパリン、ジルチアゼム点滴で急性期治療を行った。呼吸状態不安定で気管内挿管、気管切開を施行し原因精査を行いながら離床を進めた。血液検査では若年性脳卒中因子は認めず、画像検査で脳底動脈は経時的に変化を認めた。経過から脳底動脈に限局した解離または攣縮を考えた。文献的考察を加え報告する。

4

急性期脳梗塞に対して rtPA 静注療法と頸動脈ステント留置術を施行した後にステント内血栓症による急性閉塞を来した1例

松本 学¹⁾, 金本 正¹⁾, 立石洋平¹⁾, 野中俊章¹⁾, 中岡賢治朗¹⁾, 白石裕一¹⁾,
諸藤陽一²⁾, 堀江信貴²⁾, 出雲 剛²⁾, 辻野 彰¹⁾

1)長崎大学病院 脳神経内科, 2)長崎大学病院 脳神経外科

症例は77歳男性。17年前に下咽頭癌の手術と放射線療法の既往があった。右片麻痺があり、当院へ搬送された。頭部MRIで左大脳半球に急性期脳梗塞があり、頸部血管エコーで左内頸動脈が閉塞していた。心房細動があった。発症から3時間19分でrtPA静注療法と血管内治療が施行された。左内頸動脈起始部は一度再開通後した後に閉塞したので、抗血小板薬は使わずに頸動脈ステント留置術を施行した。治療後、右上下肢麻痺は著明に改善した。アスピリンを開始した。3時間後の頸部血管エコーでステント内狭窄があり、そのままステント内血栓症により急性閉塞した。血栓吸引とバルーン拡張術により再開通が得られた。治療後、アルガトロバンとクロピドグレル、アスピリンを開始し、アルガトロバン終了後にエドキサバンを開始した。その後はステント内血栓症や狭窄は出現せず、第23病日に自宅退院した。頸動脈ステント留置術後の急性ステント内血栓症は稀であるが重篤な合併症であり、文献的な考察を加えて報告する。

5

Trousseau 症候群による右後頭葉脳梗塞で大脳性色覚障害を来した 1 例

友寄龍太¹⁾，渡嘉敷崇¹⁾，川合優子¹⁾，大城 咲¹⁾，藤原善寿¹⁾，藤崎なつみ¹⁾，
城戸美和子¹⁾，中地 亮¹⁾，諏訪園秀吾¹⁾，名嘉山裕子²⁾，大湾勤子²⁾

1) 沖縄病院 神経内科，2) 沖縄病院 呼吸器内科

症例は55歳男性。X-1年8月に検診で胸写異常を指摘され肺癌の診断で化学療法を行っていた。右同名半盲の訴えがあり頭部MRIで陳旧性の右後頭葉内側脳梗塞を認めた。X年7月から増悪した間質性肺炎に対してステロイド治療中であった。X年7月某日起床時突然、色覚が白黒のみ、明度が僅かに判る程度であることに気がつく。担当医の顔は認識できず、妻が顔を近づけるとかろうじて妻の顔を判別できるのみであった。失行や失語は伴わなかった。頭部MRIで左後頭葉舌状回に急性期脳梗塞を認め色覚障害の責任病変と考えた。Trousseau 症候群としてヘパリンで治療、色覚障害の改善が得られたが間質性肺炎の悪化のため死亡した。大脳性色覚障害の責任病変として両側後頭葉下面の重要性が指摘されており文献的考察を加えて報告する。

6

MRI で脳幹部に結節性病変を呈し中枢神経サルコイドーシスとの鑑別が困難であった脳胚細胞腫の 1 例

大城 咲¹⁾，渡嘉敷崇¹⁾，友寄龍太¹⁾，藤原善寿¹⁾，藤崎なつみ¹⁾，城戸美和子¹⁾，
中地 亮¹⁾，諏訪園秀吾¹⁾，菅原健一²⁾，石内勝吾²⁾

1) NHO 沖縄病院 神経内科，2) 琉球大学 脳神経外科

症例は33歳男性。2ヶ月で進行する右上下肢の筋力低下を主訴に来院した。右上下肢の筋力低下、四肢腱反射亢進及び病的反射陽性、舌 fasciculation、右顔面の違和感あり。MRIで中脳水道周囲と延髄内部にT2高信号で造影効果を有する結節性病変を認め、中枢神経サルコイドーシスを疑いBAL、筋生検、FDG-PET等を行ったが、診断を確定できなかった。暫定的にサルコイドーシスとして、ステロイドパルス療法を2回施行。入院後に認めた右下肢痙性は軽度改善も、新たに左下肢の筋力低下が出現した。腫瘍を考え脳外科に紹介し、髄液中のhCG高値が判明。脳胚細胞腫の診断となり、ICE療法を行った。胚細胞腫は稀に肉芽腫を形成することが報告されており、サルコイドーシスとの鑑別が必要である。

7

頭部 MRI で脳表異常信号を呈し肺生検から診断へ至ったランゲルハンス細胞組織球症の一例

吉村 基¹⁾, 前田泰宏¹⁾, 岡留敏樹¹⁾, 横山 淳¹⁾, 中村憲道¹⁾, 高瀬敬一郎¹⁾, 佐々木裕哉²⁾, 大島孝一²⁾

1) 飯塚病院 神経内科, 2) 久留米大学医学部 病理学講座

症例は25歳男性。既往、生活歴は喫煙の他に特記事項なし。X年1月下旬より咽頭痛あり。約1週間後より37℃台の微熱と頭痛が出現した。X年2月16日、突然の右手のピリピリ感、脱力のため救急搬送となった。換語困難、左右失認、失計算、右上肢の脱力を認めた。頭部 MRI で左前頭頭頂葉の脳表に沿った pia-subarachnoid pattern の T2 WI 延長病変を認め、同部位は Gd 増強効果あり。髄膜炎や肉芽種性疾患、血管炎等が疑われ当科入院となった。しかし、各種検査において感染等は否定的で、胸部 CT で肺に多数の小結節病変を認め生検術を施行したところ、病理所見よりランゲルハンス細胞組織球症の診断となった。多臓器型と考えられたが禁煙、抗てんかん薬内服のみの自然経過で臨床症状および肺、頭蓋内病変は改善傾向にあり経過良好である。通常、頭部病変としては骨や脳幹、小脳、基底核、下垂体などの画像異常の指摘が多いが、脳表病変のみを伴うものは稀であり、考察を交え報告する。

8

両鼻側半盲を呈した神経サルコイドーシスによる両側視神経周囲炎の1例

工藤仁孝, 俵 望, 小阪崇幸, 渡利茉里, 高松孝太郎, 中根俊成, 安東由喜雄
熊本大学 神経内科

症例は59歳女性。X-2年8月右眼優位に見えにくさを自覚、以後、進行性に両眼で視力低下、視野狭窄が増悪した。精査目的にX年8月当科入院。両眼の羞明を強く訴え、両眼視力低下を認めるとともに、中心視野が保たれた両鼻側半盲様の視野狭窄を認めた。頭部造影 MRI において両側視神経周囲にリング状増強効果を認め、肺門リンパ節の経気管支吸引針生検より肉芽腫がみられたことからサルコイドーシスと診断した。メチルプレドニゾロン大量療法およびプレドニゾロン内服治療を開始したところ視野、視力ともに改善を認めた。神経サルコイドーシスによる両側視神経周囲炎は稀であり、視神経炎とは異なる症状を呈する場合があります、注意が必要と考えられた。

9

バリズムと精神症状を伴った probable Bickerstaff 型脳幹脳炎の一例

武井 藍¹⁾, 徳永紘康²⁾, 浜田恭輔¹⁾, 高口 剛¹⁾, 中川広人¹⁾, 園田 健¹⁾

1) 鹿児島市医師会病院, 2) 厚地脳神経外科病院

26歳女性。X-8日に腸炎に罹患。X日起床時、発熱、眼振、ふらつきが出現した。同日前医で右眼外転障害、右方注視時の眼振を指摘され、翌日には構音障害が出現したため当科紹介となった。受診時には、さらに感情失禁、バリズム様の不随意運動、運動失調も認め、血液・髄液検査、頭部MRIは異常所見は認めなかった。先行感染を契機とした免疫介在性脳炎と考え免疫グロブリン大量療法とステロイド療法を併用し症状は改善した。後に複数の抗ガングリオン抗体陽性が判明し probable Bickerstaff 型脳幹脳炎 (BBE) と診断した。BBE でみられる意識水準低下に加え、本症例では両側バリズムを認め、脳幹より高位の中樞神経を含む障害が疑われた。本症例の病態について考察し報告する。

10

ダニアレゲンエキス舌下錠による減感作療法を契機に発症した急性散在性脳脊髄炎の1例

川尻真和, 高下俊平, 橋本哲也, 岩田智則, 田中恵理, 山田 猛

済生会福岡総合病院 神経内科

症例は19歳男性。17歳からアレルギー性鼻炎。X年1月6日、ダニアレゲンエキス舌下錠による減感作療法を開始。1月下旬より腹痛、便秘、右下肢脱力、右下肢異常感覚が出現した。2月初旬に減感作薬を中止したが、症状は徐々に増悪し、3月には右優位痙攣性対麻痺、排尿障害にいたり、4月11日歩行困難、尿閉をきたし入院した。右優位のTh12横断性脊髄障害を認めた。髄液細胞 $33/\text{mm}^3$, 髄液蛋白 52mg/dl , 抗AQP4抗体陰性, 抗MOG抗体陰性, 血清IgE 1018IU/ml 。MRIで脳幹、小脳、全脊髄に散在性のT2高信号病変を認めた。脊髄病変には造影効果が認められた。急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) と診断し、ステロイドパルス療法を施行した。症状は軽減し歩行可能となった。MRIで脳幹、小脳病変は消失し、脊髄病変は軽減した。減感作療法に関連して発症したADEMの報告はこれまでにない。アトピー疾患と減感作療法と中枢神経炎症性疾患との関連について考察し報告する。

11

脳幹型可逆性白質脳症 (PRES) を発症した透析患者の1例

當銘大吾郎, 國場和仁, 宮城 朋, 波平幸裕, 城間加奈子, 石原 聡, 崎間洋邦,
大屋祐輔

琉球大学医学部附属病院 第三内科

症例は末期腎不全で X-2 年より維持透析を行っている49歳男性。内服、飲水や食事制限を遵守出来ず血圧や体液管理は不良であった。X 年3月某日の透析終了後、嘔気を伴う頭痛が出現した。翌日には自然に軽快したが普段より持続時間が長かったため近医受診した。頭部 MRI で脳幹広範囲に FLAIR で高信号病変を認めた。脳幹部腫瘍疑いで精査行われたが PET-CT や MRS で脳腫瘍を支持する所見乏しく、当科紹介となった。透析間の体重増加が中1日で4 kg あり、透析終了後も収縮期血圧が200mmHg 近い数値の状態が続いており、高血圧や体液過剰による血管性浮腫の可能性を考えた。透析管理を注意して行い、1か月後には頭部 MRI で脳幹部病変は消退した。脳幹型 PRES と診断した。透析患者に合併した PRES 報告は少ない。文献的考察を加えて報告する。

12

シャント血逆流により頭蓋内静脈うっ血を呈した透析患者の一例

山川詩織¹⁾, 西 晋輔¹⁾, 平原智雄¹⁾, 田北智裕¹⁾, 安東由喜雄²⁾

1) NHO 熊本医療センター 神経内科

2) 熊本大学 神経内科

症例は70歳女性。45歳時より維持透析を開始され、複数回の内シャント狭窄・グラフト再作成の既往があった。急性に意欲・活動性低下が進行したため、当科に緊急入院となった。入院時は JCS 10、傾眠傾向であった。薬剤性せん妄を疑い、H2 受容体拮抗薬を中止したところ傾眠傾向は改善したが、無言無動状態が残存した。頭部 MRA で上矢洞静脈洞～右 S 状静脈洞の高度描出を認め、右上肢シャント血管造影で偶発的に右腕頭静脈血栓閉塞、右内頸静脈を介したシャント血流の頭蓋内逆流を認めた。当院腎臓内科にて右上肢内シャント結紮術を施行された翌日から、会話による意思疎通良好となり、歩行器歩行も可能となった。内シャントによる腕頭静脈閉塞合併の頻度は低く、さらに頭蓋内静脈うっ血まできたした症例は極めて稀であり、文献的考察も含めて報告する。

13

進行性の脳萎縮を示した Morvan 症候群の 1 例

櫻田直了, 森高泰河, 原田雅也, 入江 梓, 菊池真介, 入江研一, 頼田章子,
鎌田崇嗣, 三浦史郎, 谷脇考恭

久留米大学医学部 呼吸器・神経・膠原病内科

症例は68歳男性。主訴は両下肢の脱力、異常感覚。X年4月下旬より両下肢遠位のしびれ・疼痛が出現。5月には両上肢にも広がり歩行困難となった。発汗過多も自覚。5月下旬に当科に入院となった。神経学的所見として、両下肢のびまん性の筋力低下、表在・深部感覚の低下を認めた。両下肢を中心にして体幹、四肢に睡眠時も持続するミオキミアを認めた。胸部造影CT検査にて、後縦隔に腫瘍性病変を認め、生検の結果小細胞肺癌の診断となり、6月下旬より化学療法および放射性照射を実施した。7月上旬より健忘、夜間不穏、傾眠傾向が出現、ニューロミオトニアおよび中枢神経系症状より Morvan 症候群と診断した。頭部MRIでは、約一か月の経過で両側海馬の萎縮の進行を認めた。7月下旬よりグロブリン静注療法およびステロイドパルス療法を実施し、神経症候の改善を認めた。Morvan 症候群において比較的早い進行経過で脳萎縮を示した点で貴重な症例と考え、報告する。

14

HIV 感染後の CD8+脳炎にステロイドパルスが奏功した一例

鈴木耕平¹⁾, 上床希久¹⁾, 池田宗平¹⁾, 山本美保子²⁾, 吉岡史隆³⁾, 薬師寺祐介¹⁾,
青木洋介⁴⁾, 原 英夫¹⁾

1) 佐賀大学医学部 内科学神経内科, 2) 佐賀大学医学部 臨床病態病理学分野,

3) 佐賀大学医学部 脳神経外科,

4) 佐賀大学医学部 国際医療学講座・臨床感染症学分野

症例は52歳男性。ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス肺炎を契機に HIV 感染を指摘された。療法開始1か月後に認知機能低下と頭部MRIでの両側大脳に多発性病変を認めた。血液 CD4 陽性リンパ球83/ μ l、HIV 1 RNA は血液で検出感度以下、髄液で31コピー/mlだった。脳生検で、CD8 陽性細胞の血管周囲・脳実質への浸潤を認め、CD8+脳炎と診断した。ステロイドパルスの結果、各種認知機能検査で改善が見られた。HIV 感染者における CD8+脳炎は重篤な急性脳症をきたすことが知られているが、適切な診断により治療可能な病態であり、考察を加えて報告する。

15

NOTCH 3 の exon24 に変異を認めた CADASIL の日本初家系

福島理紗¹⁾, 海老原由佳¹⁾, 望月仁志¹⁾, 水田依久子²⁾, 高妻美由貴¹⁾, 石井信之¹⁾, 中里雅光¹⁾, 水野敏樹²⁾, 塩見一剛¹⁾

1) 宮崎大学医学部附属病院 神経内科

2) 京都府立医科大学大学院 医学研究科 神経内科学

症例は51歳男性。主訴は特になし。20XX年に人間ドックにて脳MRIで多発する白質と脳幹部病変を指摘され、画像フォローされていた。20XX+10年に既知の病変に加え、基底核や視床に微小出血痕を認め、その際に両親と兄2人に脳血管障害の家族歴が判明した。うつ病の既往があるも、前兆を伴う片頭痛はなく、MMSEは30/30点で認知機能障害も認めなかった。CADASILを疑い、原因遺伝子であるNOTCH 3の遺伝子解析を行ったところ、exon24にp.Cys1293Trp (c. 3879C>G)の変異を認めた。CADASILの変異はNOTCH 3 EGF-like repeatsをコードするexon 2-24にあり、その75%はexon 3-6に存在する。本例のようにその3'末端のexon24に変異をきたした例はイタリアの2家系のみで、わが国では初の家系となる。過去2家系と本例を比較検討し報告する。

16

非典型的な Miller-Fisher 症候群の2例

高畑克徳, 野村美和, 牧 美充, 池田賢一, 渡邊 修

鹿児島市立病院 神経内科

症例1は28歳女性。X年4月末頃、下痢症状を認めた。5月3日より歩行障害が出現。5月6日に前医受診し、同日当科紹介受診となった。眼球運動は正常、四肢軽度筋力低下、指鼻指試験と膝踵試験は拙劣、四肢腱反射消失を認めた。症例2は42歳男性。X年5月12日に嘔吐を認めた。5月16日より下肢脱力を自覚し、立位でふらつきが出現した。5月17日より歩行困難となり、5月19日には歩行不能となったため当院救急搬送となった。眼球運動は両側外転障害を認め、体幹失調が強く歩行不能、四肢腱反射は保たれていた。Miller-Fisher 症候群 (MFS) は、眼筋麻痺、運動失調、深部腱反射消失を三徴とする。症例1は眼筋麻痺はなく、症例2は腱反射が保たれていた。後に2例とも血清抗GQ1b IgG抗体陽性が判明し、MFSと診断した。三徴のそろわない非典型的なMFSの2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

17

再発時に伝導ブロックを伴った Fisher 症候群の一例

平山拓朗, 西浦義博, 長郷国彦
諫早総合病院

症例は44歳男性。X-16年に Fisher 症候群の診断で加療歴あり。X年3月末に感冒様症状があった。4月上旬に両手のしびれ、両下肢に脱力感が出現、数日後に複視、歩きにくさを自覚した。近医受診後、以前の Fisher 症候群の時と症状が類似するため4月中旬に当科紹介となる。一般内科学的に特記所見なく、神経学的所見では左眼球の外転障害、MMTは上肢4/4、下肢5/5、四肢深部腱反射消失を認め、明らかな体幹失調は指摘できず。髄液で蛋白細胞解離（細胞11/3 mm³、蛋白101mg/dL）があり、神経伝導検査で四肢に伝導ブロックを認め、F波は同定困難であった。ステロイドパルス療法を2クール施行したところ複視は残存するも筋力は改善。後日、抗GQ1b抗体陽性が判明した。本症例は再発性の Fisher 症候群と Guillain-Barré 症候群の重複例と考えられた。伝導ブロックを伴った Fisher 症候群は稀と思われ、文献的考察も含め報告する。

18

神経性食思不振症として加療され、診断までに23年を要した抗 ganglionic AChR 抗体陽性の自己免疫性自律神経節障害の1例

穂原貴裕¹⁾, 谷合洋造¹⁾, 臼元亜可理¹⁾, 樋口雄二郎¹⁾, 中村友紀¹⁾, 橋口昭大¹⁾,
岡本裕嗣¹⁾, 高嶋 博¹⁾, 佐々木文郷²⁾

1) 鹿児島大学 神経内科 2) 同院 消化器内科

【症例】43歳女性【主訴】腹痛・腹部膨満【現病歴】X-24年より便秘、食思不振、体重減少が徐々に進行し神経性食思不振症を疑われた。X-6年体重17kgと著明なるいそを認め、当院心療内科初診。X-4年頃から起立性低血圧が出現。便秘は増悪し腹部膨満、激しい腹痛を認め慢性偽性腸閉塞（CIPO）が疑われX-2年当院消化器内科初診。上下部内視鏡検査行ったが特記異常所見なし。発汗障害や排尿障害も認め自律神経障害を疑われX-1年当科初診。抗 ganglionic AChR 抗体陽性が判明し、自己免疫性自律神経節障害（AAG）の診断となった。X年当科入院、免疫グロブリン大量療法を2クール施行し、腹部症状、発汗障害、排尿障害（尿閉）、起立性低血圧の改善を認めた。

【考察】本例は慢性の経過で心療内科、消化器内科にて神経性食思不振症、CIPOとして加療され、腹部症状を主体としたAAGである。本抗体によるAAGでは部分的な自律神経障害をきたすこともあり、診断に難渋することも多い。本症例も診断まで23年を要し、治療反応は部分的であった。文献的考察を交えて報告する。

19

ナタリズマブ投与中に咽頭頸部上腕型ギラン・バレー症候群を発症した多発性硬化症の一例

野上健一郎, 雑賀 徹, 山下謙一郎, 松下拓也, 山崎 亮, 吉良潤一
九州大学大学院医学研究院 神経内科学

症例は30歳女性。X-2年8月に左上下肢の筋力低下を主訴に当科入院し、頭部MRIで側脳室周囲、右前頭葉深部白質に一部造影効果を伴うT2延長域を認め多発性硬化症と診断した。ステロイド治療とフィンゴリモド導入により症状は改善したが、同年11月に肝機能障害のためフィンゴリモドは中止し、ナタリズマブを開始した。X年4月より呂律不良と嚥下困難が出現したため当科入院となった。神経学的に上方注視麻痺、構音・嚥下障害、四肢腱反射消失、両上肢肢帯筋の筋力低下を認め、神経伝導速度検査で軸索型の末梢神経障害の所見があり、咽頭頸部上腕型のギラン・バレー症候群と診断した。免疫グロブリン大量静注療法を施行したが、その後両側顔面神経麻痺が出現したためステロイドパルス療法を追加し症状は改善傾向となった。後に髄液の蛋白細胞解離を認め、GT-1a抗体陽性が判明した。ナタリズマブ投与中の多発性硬化症にギラン・バレー症候群が合併することは希であるため、文献的考察を加えて報告する。

20

手根管症候群、心不全、小径線維ニューロパチーを呈し、世界初の Try114Ser 変異を認めた遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシス (FAP) の1例

中瀬 卓, 松尾圭将, 山下太郎, 増田曜章, 三隅洋平, 植田光晴, 渡利茉里,
安東由喜雄
熊本大学 神経内科

症例は65歳男性。2012年に両側手根管症候群を発症し、2014年に労作時呼吸困難、慢性咳嗽が出現し、近医にて肥大型心筋症と診断され、心不全の加療を受けていた。その後、甲状腺機能低下症に対して甲状腺生検を施行したところトランスサイレチンによるアミロイドの沈着を認めた。遺伝子検査にて c.401A>C, ATTR Try114Ser (p.Y134S) 型の遺伝子変異を認め、遺伝性トランスサイレチンアミロイドーシスの診断に至った。神経学的所見として、両足趾の温痛覚の低下、アキレス腱反射の減弱を認め、軽度の小径線維ニューロパチーがみられた。本変異は心不全主体の表現型を呈すると考えられた。本症例の遺伝子変異は世界初であり、既に報告されている遺伝子変異との比較を含めて報告する。

21

Clustered AChR 抗体が陽性であった重症筋無力症の1例

堂園美香¹⁾, 重久彩乃¹⁾, 谷口雄大¹⁾, 野妻智嗣¹⁾¹⁾, 中村友紀¹⁾, 橋口昭大¹⁾,
道園久美子¹⁾, 渡邊 修²⁾, 高嶋 博¹⁾

1)鹿児島大学病院 神経内科、2)鹿児島市立病院 神経内科

症例は81歳男性。X年2月に複視、眼瞼下垂にて発症し、四肢脱力を自覚するようになったため近医受診。エドロホニウム試験陽性、反復誘発筋電図検査でwaningを認め、全身型重症筋無力症(MG)と診断され、精査加療目的に4月当院入院となった。胸部CTにて胸腺腫は認めず、抗AChR抗体、抗MuSK抗体、抗Lrp4抗体は陰性であった。ChE阻害薬、ステロイド漸増にて治療開始するも症状の改善乏しく、また糖尿病、うつ病の増悪を来したため、シクロスポリン、血漿交換療法を併用し、症状の改善が得られた。その後clustered AChR抗体が陽性であることが判明した。Seronegative MGにおいて約2-4割でclustered AChR抗体が陽性とされ、臨床的には若年発症が多く軽症例が多いと報告されている。本邦では、clustered AChR抗体陽性の重症筋無力症の報告はなく、貴重な症例であると考えられた。

22

卵巣癌術後再発時に合併した抗TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の一例

柿添 亮, 溝田貴光, 福元尚子, 藤本武士

佐世保市総合医療センター 神経内科

症例は50歳女性。主訴は四肢筋力低下。既往歴に特記事項なし。現病歴はX-2年2月、卵巣癌に対し子宮全摘術及び両側付属器切除術を施行し、その後化学療法を3クール追加した。X-1年5月よりCA125値の再上昇あり。10月に肝門部リンパ節に再発あり、12月より化学療法を再開しCA125値は低下していた。同年10月より、顔や上肢に発疹が出現、11月より両肩から上肢の脱力を生じ、立ち上がりも困難となった。CKは650U/Lと上昇あり。徐々に四肢筋力低下が増悪し、X年5月当科紹介入院となった。入院時Heliotrope疹があり、Gottron徴候陰性、四肢で近位筋優位にMMT2-3/5の筋力低下を認めた。筋生検ではperifascicular atrophyなど皮膚筋炎の所見を認め、血清抗TIF-1 γ 抗体が陽性であった。近年、筋炎特異的自己抗体が保険適応となり、臨床的特徴と密接に関係していると報告されている。本症例での自己抗体と臨床的特徴に関して、文献的考察を加え報告する。

23

傍脊柱筋に強い炎症を認めた抗 PM/Scl-75抗体陽性多発筋炎の1例

江 千里¹⁾, 雑賀 徹¹⁾, 山下謙一郎¹⁾, 前田教寿²⁾, 渡邊 充¹⁾, 松下拓也¹⁾,
山崎 亮¹⁾, 岩城 徹²⁾, 吉良潤一¹⁾

1)九州大学大学院医学研究院 神経内科科学

2)九州大学大学院医学研究院 神経病理学

症例は49歳女性。X年12月から重量物の挙上が困難になり、後屈ぎみに歩行するようになった。X+1年2月には両上眼瞼の軽度発赤、頸部・四肢近位筋の軽度筋力低下を認め、血液検査で筋原性酵素の上昇があり皮膚筋炎が疑われたため当科入院となった。入院時皮疹は消退し、神経学的に四肢近位筋と背筋の筋力低下を認めた。針筋電図では上腕二頭筋、大腿四頭筋で低電位であったが傍脊柱筋では明らかな筋原性所見は認めなかった。自己抗体を検索したところ抗ARS抗体は陰性であったが、抗PM/Scl-75抗体が陽性であった。造影MRIでは傍脊柱筋と右大腿二頭筋でT2高信号病変があり造影効果も認めた。傍脊柱筋の筋生検にて筋線維周囲の炎症細胞浸潤を認めたため多発筋炎と診断した。経口プレドゾンによる加療を開始したところ症状は軽度改善した。主に傍脊柱筋に病変を有する抗PM/Scl-75抗体陽性多発筋炎の報告は検索し得る限りなく貴重な症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

24

脱力発作を契機に CLCN1 遺伝子異常が判明した一例

長岡篤志¹⁾, 福嶋かほり¹⁾, 中岡賢治朗¹⁾, 北之園寛子¹⁾, 金本 正¹⁾, 野中俊章¹⁾,
吉村俊祐¹⁾, 宮崎禎一郎¹⁾, 立石洋平¹⁾, 白石裕一¹⁾, 辻野 彰¹⁾, 西野一三²⁾

1)長崎大学病院 脳神経内科

2)国立精神・神経医療研究センター 疾病研究第一部

症例は17歳男性。野球部所属。X-1年10月某日に数分の意識消失後に四肢脱力が出現し近医入院した。CPK上昇以外に特に異常は見られず、2週間程度で筋力改善した。しかしX年3月下旬頃より運動時疲労感を自覚するようになった。5月に20秒間反復横跳びの後に下肢脱力が出現し近医受診。血液検査でCPK軽度上昇を認めた。運動後の脱力を繰り返すことから筋アデニル酸デアミナーゼ欠損症など疑われ、精査目的に7月当科入院。診察上は頸部の軽度筋力低下のみを認めた。各種画像検査なども異常なく、確定診断のため筋生検施行。病理所見では異常は見られなかったが遺伝子検査でCLCN11606G>A変異(het)が判明した。文献的考察を加えて報告する。

25

呼吸筋麻痺が遷延し、抗ガングリオシド抗体が陽性であった抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の1例

岩尾慎太郎, 大塚貴瑛, 佐々木雄基, 軸丸美香, 花岡拓哉, 木村成志, 松原悦朗
大分大学医学部 神経内科学講座

症例は65歳男性。原発性胆汁性肝硬変および拡張型心筋症の診断で加療されていた。X年7月に食欲低下、9月に夜間呼吸困難感、11月に心不全が増悪し、呼吸不全に伴う高炭酸ガス血症を認め、人工呼吸器管理となった。その際呼吸筋麻痺に加え軽度の上下肢筋力低下を認めた。四肢筋力は自然軽快したが、呼吸筋筋力低下のため、人工呼吸器管理が必要であった。抗ガングリオシド抗体陽性から、免疫介在性ニューロパチーが疑われ、2月にステロイドパルス療法、3月にIVIG療法を行い症状の改善を認めた。精査目的で3月下旬に当院へ転院となり、抗ミトコンドリア抗体陽性が判明した。筋生検では筋線維の壊死再生像、免疫染色でMAC沈着およびHLA-ABC発現を認め、抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎と診断し、ステロイド投与により、症状が改善した。各種自己抗体が陽性であり、呼吸筋麻痺が主症状の抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の報告は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

26

若年性アルツハイマー型認知症と診断されていた Gerstman-Sträussler-Scheinker病(GSS)の一例

渡邊暁博, 荒畑 創, 三好絢子, 河野祐治, 山本明史, 笹ヶ迫直一, 藤井直樹
国立病院機構大牟田病院 神経内科

59歳女性。55歳頃より運転で迷うことあり、他医で若年性アルツハイマー型認知症と診断され治療されていたが、59歳より歩行困難となり受診。母が筋萎縮性側索硬化症、妹が脊髄小脳変性症と診断されていた。MMSE6, CDR2. 四肢のミオクローヌス、四肢の腱反射亢進と両下肢の感覚過敏あり。頭部MRIでびまん性脳萎縮を認めたが、拡散強調画像は正常、脳波で周期性同期性放電を認めず、ECD SPECTで両側前頭葉と頭頂葉の血流低下あり。FP-CIT SPECTとMIBG心筋シンチは正常。髄液の総タウタンパクとリン酸化タウ正常、プリオンタンパク遺伝子検査でP102L変異を認めProbable GSSと診断した。若年性認知症で家族歴がある場合は家族性アルツハイマー病だけでなくGSSを鑑別する必要があると考えられた。

27

脳深部刺激療法の患者用プログラマ：在宅治療における役割

宮城 靖¹⁾、江口弘子²⁾

1) 医療法人相生会福岡みらい病院 機能神経外科

2) 医療法人相生会福岡みらい病院 看護部

【背景】脳深部刺激療法はパーキンソン病など薬剤抵抗性不随意運動を治療できるが、患者用プログラマにより医師の代わりに在宅でオンオフ切替や刺激調整などの操作が可能である。【目的】不随意運動治療における患者用プログラマの役割を明らかにする。【方法】2017年5－7月に外来受診したDBS患者さん及び家族(99組、パーキンソン病78、ジストニア18、振戦3)にアンケート調査で患者用プログラマの使用状況を調べた。【結果】患者用プログラマは87%で自分または家族が操作し、その66%が月1回以上使用していた。一方、非使用(34%, 33組)の理由は「理解していない」「操作が不安」が多く、その内容は「刺激強度の調整」及び「調整タイミング」についての不安が多かった。【結語】患者用プログラマは医師の代わりに刺激状況の確認・微調整を可能にする。治療の恩恵を受け在宅で安心して過ごすためには、個々の患者の機器使用状況から理解困難な項目を把握し、多職種で十分な操作説明を行う体制を整えることが重要である。

28

前頭側頭型認知症を合併した球脊髄性筋萎縮症の1例

中村憲一郎^{1,4)}、石川知子¹⁾、島崎里恵¹⁾、後藤勝政¹⁾、有馬明子²⁾、松田貴雄³⁾、松原悦朗⁴⁾

1) 国立病院機構西別府病院 神経内科、2) 同精神科、3) 同生殖・遺伝科、

4) 大分大学 神経内科

症例は82歳、男性。56歳頃より四肢筋力低下が進行し、73歳時に呼吸不全で前医に入院し、気管切開術、人工呼吸器装着、胃瘻造設術を施行され、74歳時に当科に入院した。神経学的に、顔面筋・舌・四肢筋の筋力低下・筋萎縮・線維束性収縮、嚥下障害、呼吸筋筋力低下、深部反射消失、手指姿勢時振戦を認め、運動ニューロン病を考えた。82歳になっても両上肢の筋力が保持されており、緩徐進行性の経過であった。アンドロゲン受容体遺伝子のCAGリピート延長を認め、球脊髄性筋萎縮症と診断した。76歳頃より易怒性がみられ、処置や検査に激しく抵抗し、チューブ類の自己抜去を繰り返した。「コロサレル」などの被害妄想的な訴えや恐怖心がみられた。頭部CTで前頭葉・側頭葉の軽度萎縮を認め、前頭側頭型認知症を考えた。自験例について考察する。

29

Directional lead を用いた STN-DBS の早期治療経験：パーキンソン病の 1 例

宮城 靖¹⁾， 谷脇考恭²⁾

1) 医療法人相生会福岡みらい病院 機能神経外科

2) 久留米大学 神経内科

61歳女性。X-15年パーキンソン病を発症。ジスキネジアを伴うウェアリングオフがあり、術前レボドパ550mg/日 (LEDD1020mg) を服用し、UPDRS part 2はオン期0、オフ期14であった。X年2月Dリードを用いSTN-DBSを実施した。翌日各電極で副作用をスクリーニングすると、発汗、両目のだるさ、対側半身の痺れ、身体の重さがあった。術後はレボドパ150mg/日に減量されオフ期運動症状やオン期ジスキネジアは消失し退院したが、1週間後に呂律不良とバランス不良を訴え再入院した。再度の電極スクリーニングでは、構音障害、対側半身の痺れ、両目のだるさなどの愁訴が腹側電極に多く、さらにリード後外側では痺れ感、後内側では両目のだるさとバランス低下を訴えた。Directional current steeringにより複数プログラムを作成し、患者自身に選ばせることにより刺激条件・強度を最適化し、呂律不良とバランス不良は改善し退院した。Dリードは特定方向の電流拡散を調整でき、DBS術後愁訴を回避しやすくなり、きめ細かい調整が可能なdeviceであると考えられた。

30

呼吸筋麻痺を呈した遺伝性脊髄小脳変性症2型の一例

成毛哲思， 小畑雅子， 大成圭子， 岩中行己男， 岡田和将， 足立弘明

産業医科大学 神経内科

症例は53歳の女性。X-16年頃より立位・歩行時のふらつきを自覚しはじめ、緩徐に進行していた。X-6年頃からはしゃべりにくさを自覚するようになった。X-3年頃から、四肢の脱力・呼吸困難感も出現し、移動は車椅子となった。X年に当科に入院し、神経学的所見として断綴性発語、四肢・体幹の小脳性運動失調、四肢筋力低下及び萎縮、四肢腱反射低下を認めた。針筋電図検査では四肢・体幹筋に脱神経所見を認めた。頭部MRIで脳幹・小脳の萎縮を認めた。弟と父親にも小脳性運動失調が認められた。Ataxin-2遺伝子のCAGリピートの延長を確認し、遺伝性脊髄小脳変性症2型(SCA2)と診断した。SCA2では運動ニューロン疾患を合併することが知られている。長期経過例では呼吸筋麻痺も合併することがあり、文献的考察を加えて報告する。

31

頭部 MRI の急性期 1 週間での画像変化を観察できた糖尿病性舞踏病の一例

稲葉大地、牧 美充、高畑克徳、野村美和、池田賢一、渡邊 修
鹿児島市立病院 神経内科

患者は60歳女性。この1年間、糖尿病のコントロールは不良だった。右上下肢に粗大な不随意運動が出現し、当科に入院となった。入院時のHbA1Cは17台だった。左尾状核に頭部CTで高吸収域を認め、頭部MRIでは、T1WIで基底核の一部に高信号域を認め、FLAIRでは左尾状核を中心に低信号域を認めた。画像所見も合わせ、糖尿病性舞踏病と診断した。血糖コントロールと抗ドーパミン薬の使用で、右上下肢の不随意運動は軽快した1週間後にフォローの頭部MRI画像を撮影した。T1WIでは尾状核病変が明瞭化しており、FLAIR画像では低信号域の拡大を認めた。T2WIでは、尾状核が1週間前と比較して縮小しており、もともと腫大していた可能性が示唆された。糖尿病性舞踏病の報告は多いが、急性期1週間での画像変化の報告は少なく、今回の知見と過去の報告から病態についての考察を進める予定である。

32

神経梅毒経過中にカタトニアを合併した1例

青柳 諒、三嶋崇靖、林 優佳、野瀬可南子、大串美佐子、籠田早織、藤岡伸助、坪井義夫
福岡大学 神経内科学

57歳の女性。X-1年10月から徐々に自発性が低下、X年6月から食欲低下、発語がほとんどみられなくなり近医に入院。無言、活動性の低下がみられたが徐々に全介助となり6月下旬当科に転院した。神経学的に変動する意識障害と四肢腱反射の亢進を認め、入院後に徐々にほぼ無動無言となった。血液および髄液所見から活動性の神経梅毒と診断し、ペニシリンGカリウムによる治療を開始したが症状の改善はみられなかった。経過中に四肢にカタレプシーを認め、カタトニアと診断した。ジアゼパムの投与で症状の著明な改善を認め、最終的に自立歩行が可能となった。神経梅毒とカタトニアの合併の報告は非常に稀であり、文献的考察を含め臨床特徴を検討する。

33

クローン病加療中に咽頭頸部上腕型ギランバレー症候群を合併した一例

花岡拓哉¹⁾，岡田敬史¹⁾，武井 潤¹⁾，法化図陽一¹⁾，児玉浩幸²⁾，大野拓郎²⁾

1)大分県立病院 神経内科

2)大分県立病院 小児科

症例は13歳男性。第1病日に39度の発熱があり持続するため第5病日に入院となった。肛門周囲膿瘍を認め、抗生物質投与と膿瘍切開、痔瘻手術を実施された。経過中に偽膜性腸炎を併発し、このときの下部消化管内視鏡検査にてクローン病が判明した。第26病日からペントキサ内服を開始され、第41病日第55病日とレミケード投与された。第57病日から両上肢筋力低下と嚥下障害が出現し、第58病日には上肢優位の四肢筋力低下、頭部拳上保持困難、嚥下障害の増悪、上肢深部反射減弱、呼吸不全を認め、人工呼吸器管理となった。神経伝導検査では上肢のみでCMAP低下とF波の出現頻度減少を認めた。急性発症の経過とあわせ咽頭頸部上腕型ギランバレー症候群と診断した。治療は免疫グロブリン点滴と血漿交換療法を実施した。病態などに考察を加え報告する。

34

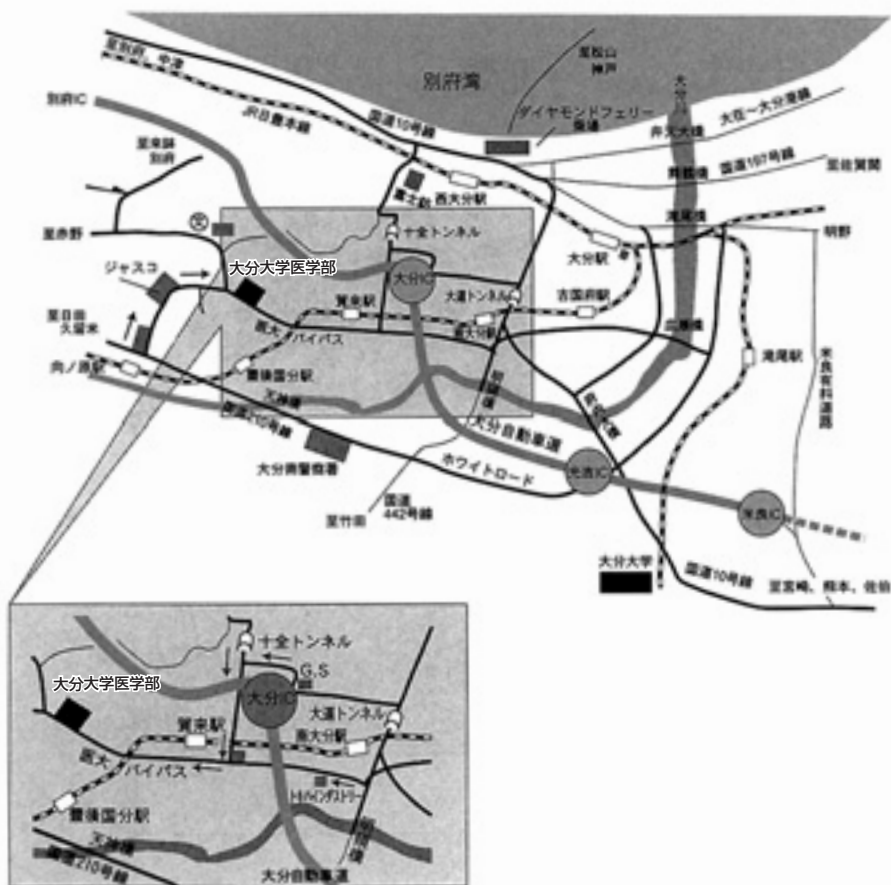
画像所見からアミロイド血管症（CAA）関連炎症が疑われた一例

中道淳仁，天野優子，石橋正人，木村成志，松原悦朗

大分大学医学部 神経内科

症例は86歳、男性。X-2年10月に意識障害と構音障害が出現。髄液検査で単核球優位の細胞数増多と糖の低下、頭部MRIで右前頭葉の浮腫と髄膜のGd造影効果を認めた。自己免疫性髄膜脳炎と診断され、ステロイド療法を開始。症状は改善し、X-1年1月にステロイドは中止。その後、関節痛が出現し、抗CCP抗体陽性から関節リウマチと診断。タクロリムスを開始されたが、8月より記憶障害が悪化したため当科入院。神経学的所見では、意識清明、HDS-R22点、MMSE26点、FAB11点と軽度の認知機能障害を認めた。髄液検査で蛋白が軽度増加し、頭部MRIで右前頭葉の浮腫と髄膜のGd造影効果、T2*で散在する微小出血と脳表ヘモジデリンを認めた。関節リウマチに伴う肥厚性硬膜炎が疑われたが、アミロイドPETで病変部に軽度の集積を認め、CAAに伴う血管炎と診断した。ステロイドパルス療法で認知機能は改善した。高齢者における意識障害ではCAA関連血管炎を鑑別として考慮する必要がある。

〈会場への交通案内〉



会場案内図

■大分空港から JR 大分駅まで

バス利用・・・大分交通 約1時間

■JR 大分駅から本学まで

・バス利用・・・大分バス 約30分

「中央通りトキハ前2番（トキハ本店前）」または「大分駅前4番」のりばから「大学病院行」のバスに乗車、「大学病院」で下車

・タクシー利用 約20分

■大分 IC（大分自動車道）から本学まで 約10分

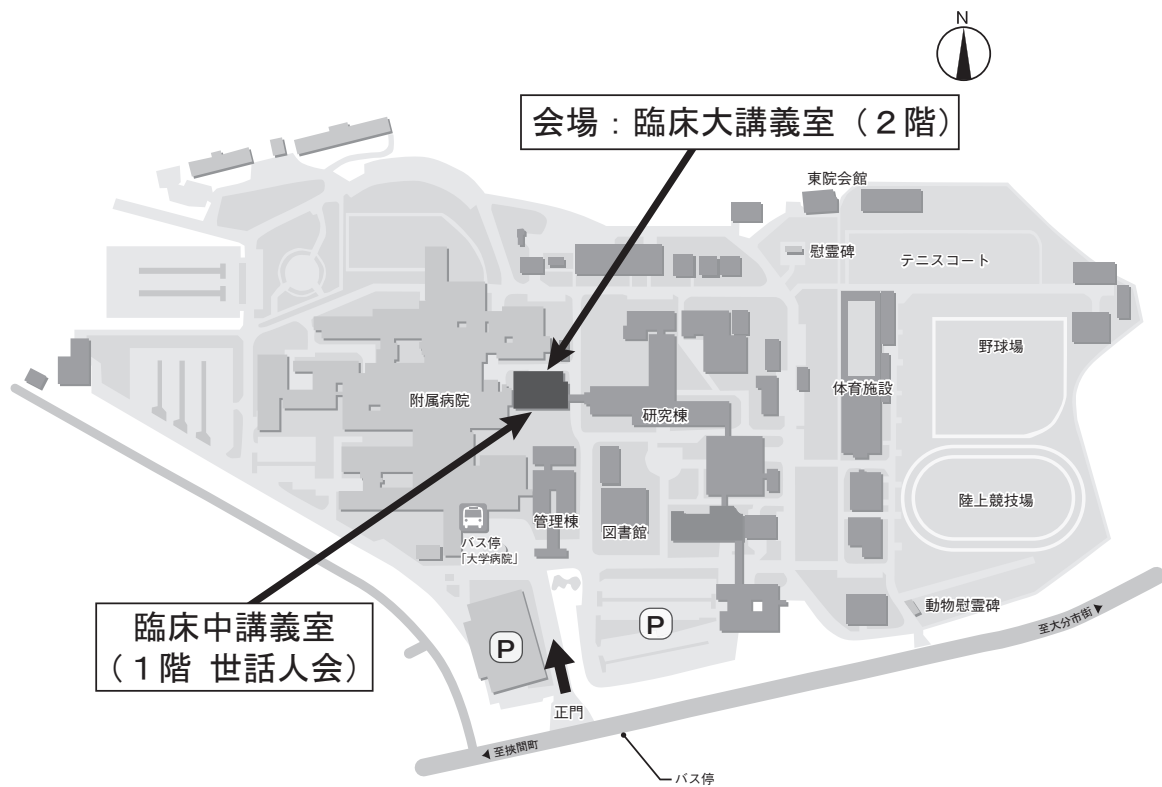
〈お問い合わせ先〉

〒879-5593

大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1

大分大学医学部 神経内科学講座

TEL：097-586-5814 FAX：097-586-6502



駐車場：附属病院の正面から入り、駐車場をご利用ください。
無料駐車券を用意しておりますので、受付時に入構時の駐車整理券を持って申し出てください。